

DECLARACIÓN JURADA DE EXENCIÓN DE PATERNIDAD
*(ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL, POR FAVOR ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRAS DE MOLDE
CON TINTA NEGRA.)*

DECLARACIÓN JURADA DE PRESUNTO PADRE

ESTADO DE _____)

) ss. **DECLARACIÓN JURADA**

Condado de _____)

Yo, _____, estando debidamente juramentado y bajo palabra,
(Nombre del Presunto Padre – Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

declaro y digo: que soy el anterior/actual marido de _____ y que en el momento de
(Name of Child's Mother - First, Middle, Last)
concepción de:

Nombre del/de la Niño/a 1 (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Nombre del/de la Niño/a 1 (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Nombre del/de la Niño/a 1 (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

yo estaba casado con _____, pero no tuve acceso sexual a ella durante el(los)
(Nombre de la Madre del/de la Niño/a – Nombre, Segundo Nombre, Apellido)
período(s) de concepción.

Por eso, no soy el padre natural del niño/a(s) que se nombra(n) arriba y por lo presente renuncio a todos los derechos legales que
podría tener del menor(es) que se nombra(n) arriba.

Además, no me opongo a ningún procedimiento para establecer la paternidad del padre natural. Renuncio a mi derecho de aviso y a mi
derecho de presentarme a cualquier audiencia del niño/a(s) que se nombra(n) arriba.

Fecha: _____

Firma: _____

Suscrito y jurado o ratificado y reconocido ante mí en esta fecha:

Mi comisión expira: _____ Notario Público _____

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al (602) 274-3792; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.